

市町受付年月日	
---------	--

<h3>自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書</h3> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p>自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）ので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。</p>			
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
受診者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記載してください。）</small>	氏名	続柄	
	住所	電話番号	
	個人番号		
再交付を申請する理由	該当するものに○をつけてください。 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他（ ）		

注 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> （ ）総合センター・支所	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票	<input type="checkbox"/> 身分証明書（写真付）/公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 <small>（保護者含む）</small>	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票（写しで可）	<input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他	<input type="checkbox"/> 代理人の身分証明（写真付）/公的証明書2点
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票	